

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HEALTH

HIV PLANNING GROUP MINUTES

(Spanish Version)

Park Inn Harrisburg West, 5401 Carlisle Pike, Mechanicsburg, PA
Noviembre 12th, 2014

Miembros: Wesley Anderson, Jr., Dan Champion, Principe Castro, Melissa Davis, Doyin Desalu, Wayne Fenton, Sharita Flaherty, Linda Frank, Jeffery Haskins, Shannon McElroy, Briana Morgan, Daiquiri Robinson, Tamara Robinson, Susan Rubinstein, Pamela Smith, Richard Smith, Rob Smith, Nathan Townsend, Tony Strobel, Shubra Shetty, Ann Stewart Thacker, Wayne Williams, Derick Wilson, Paul Yabor

No Presentes: Alicia Beatty, Daniel Harris, Ron Johnson, Grace Shu

Dept. of Salud: John Haines, Kyle Fait, Jill Garland, Cheryl Henne, Sara Luby, Ken McGarvey, Julia Montgomery, Benjamin Muthambi, Robin Rothermel, Jon Steiner, Brad VanNostrand

Universidad de Pittsburgh: Mack Friedman, David Givens, Daniel Hinkson, Sarah Krier, Kayla Long

HRSA/CDC: Rob McKenna

Invitados: Christine Quimby, Jim Ealy, Leah Magagnotti, Jeanne Caldwell, Jon Morgan, Susan Goldy, Susan Thompson, Tricia Fonzi, Lou Ann Masden

Bienvenida e Introducciones

[9:00am]

Presidenta Sharita Flaherty: Bienvenidos a todos. Tenemos una agenda muy ocupada estos próximos dos días, como hemos llegado a la culminación de un año de planificación.

Director Ken McGarvey: En consecuencia, estamos guardando nuestros anuncios regulares hasta mañana; Yo necesito anunciar que nuestro HRSA [Administración de Recursos y Servicios de Salud] consultor Hila no está bien de salud y no puedo asistir como estaba previsto hoy, y que el miembro Daniel Harris llegaré tarde. También me gustaría dar la bienvenida a todos nuestros invitados - Daniel Hinkson tiene una encuesta de miembros que nos gustaría que usted pueda completar para que sepamos cómo atraer a gente de todo el Estado. Además, miembro Mike Hellman se ha retirado de la HPG, y tenemos un certificado para él y una tarjeta que pueden firmar.

Chairwoman Flaherty: Han tenido tiempo para revisar la agenda? [Moción para pasar los minutos llamados y aprobado por unanimidad]

Establecimiento de Prioridades

Melissa Davis: Bienvenidos a todos. Ha sido un largo año para la PSRA [Prioridad de ajuste y de asignación de recursos] proceso - estamos muy contentos de entrar en los próximos dos días. Ahora vamos a repasar cómo funcionará el proceso.

[Presentation: Melissa Davis and David Givens: [Esquema del establecimiento de prioridades; Actividades]

Melissa Davis: Por conflicto de intereses (COI), por favor tenga en cuenta que las prioridades no necesariamente se traduce en más dinero en una categoría, y también que más dinero en cualquier área no significará necesariamente que llegarán a ningún grupo o proveedor en particular. Ninguno de nosotros somos miembros directos de servicios; recibimos múltiples categorías de servicios. Richard Smith se mantendrá vigilante con nuestros miembros de la lista COI.

Director McGarvey: Es importante que los miembros entiendan que PA es único en cuanto que hemos integrado la prevención y atención ... este PSRA de Atención es sólo parte de eso. No estamos dando prioridad a CDC ya que se ajusta por ellos internamente. Así que, aunque somos un grupo integrado, ahora sólo estamos dando prioridad a las prioridades de atención. Somos un recipiente de Ryan White Parte B. HRSA no manda que debemos hacer esto ... este proceso es realmente una buena práctica, basada en la Parte A de establecimiento de prioridades. Así que, aunque no estamos obligados a hacer esto estamos tratando como una práctica recomendada a nosotros ya que somos nuevos e integrados.

Melissa Davis: Por favor tengan también en cuenta que estamos creando estos como recomendaciones por lo que el Departamento de Salud (DOH) puede cambiar estos si que necesitan. Ahora vamos a tener diez minutos sumarios de todas nuestras presentaciones PS del pasado año.

[Presentando: Benjamin Muthambi, Jill Garland, Julia Montgomery, Cheryl Henne, Sarah Krier; vea diapositivas adjuntas.]

Questions:

Bethany Blackburn: ¿Cómo estás incorporando el mercado de seguros Saludable PA? ¿Cómo está conectada a la Vinculación de Cuidado? ¿Ve cambios importantes que vienen para SPBP [Programa de Beneficios Farmacéuticos Especial?]

Julia Montgomery: Hemos añadido un Administrador de Fuera de la Atención, y un archivo de Careware. Si ellos tienen seguro, privado o através de planes de seguro de mercado ACA, podemos ayudarles mejor a vincularse. Esto no es parte de ARTAS.

Cheryl Henne: Hemos estado haciendo cambios en los reembolsos desde el 1º Agosto - en este momento hemos visto algunos cambios, pero nada podemos decir específicamente. Son más de cambios de sistemas que financiación. Para nuestro programa tenemos que ver a que equivalen

esos cambios, pero por el momento, movimiento de grandes cantidad en dólares no es algo que hemos visto. Aparte de unos 500-600 reclamaciones cada mes, todas las reclamaciones se presenten como 340 B compras. Básicamente nuestros costos se han mantenido igual. Las reclamaciones que no 340 B son todavía están siendo enviados a los fabricantes para el reembolso. Conformidad ha permanecido igual.

Paul Yabor: ¿Va telemedicina a apoyar este proceso? ¿Cómo puedo apoyar la telemedicina?

Briana Morgan: Estamos hablando sobre eso esta tarde - es una de las cosas que buscamos en el grupo de trabajo de evaluación de las necesidades.

Doyin Desalu: ¿En términos de análisis de deficiencias, hay más regiones que implementan ARTAS aparte de las tres que ha mencionado?

Julia Montgomery: Hay otras regiones que estén interesadas en capacitación.

Derrick Wilson: ¿Tenemos todos los datos que hablan de la eficacia de ARTAS? 100% de los capacitados fueron exitosamente ligados a la atención - 18 personas - es así?

Julia Montgomery: Si.

[**Melissa Davis:** Descripción de las definiciones de servicio (vea diapositivas adjuntas.)]

Shubra Shetty: ¿ La categoría de cuidado de relevo ... habría que incluir a un niño con necesidades especiales?

Melisa Davis: No, tiene que ser para una persona VIH positiva.

Guest: ¿Es el manejo de casos no médico menos intensivo que el manejo de casos?

Melissa Davis: Por lo general - que depende de donde usted se encuentra y lo que hay disponible.

Linda Frank: ¿Hay ciertas competencias de habilidades y conocimientos que son para los administradores no médicos y casos médicos que son consistentes en todo el estado?

Melissa Davis: Sí, el estado tiene una lista de las cosas. Los administradores de casos médicos no están obligados a ser enfermeras o cualquier tipo de certificación en el PA, pero están obligados a asistir a 20 horas de entrenamientos estandarizados. Eso no es algo que es financiado por estos servicios de la Parte B. Ahora vamos a tener un panorama de la proceso de participación de los consumidores y la votación de Prioridades de septiembre que Pitt analizó para nosotros.

[**David Givens:** PSRA presentación de votación]

Ann Thacker: Estoy teniendo un momento difícil con estos colores ... ¿Dice que el azul es más alto?

David Givens: Sí, desafortunadamente la jerarquía de color no es el mismo de un gráfica a la siguiente. Así que hay que mirar de cerca la llave en cada gráfica.

Melissa Davis: Vamos a comenzar con nuestros diez principales prioridades. David y el equipo de Pitt se repartían los controles de voto clicker. Así que nuestras primeras opciones de voto: hay tres. Luz Verde: apoyar plenamente cómo los diez mirada superior en este momento. La Luz Amarilla: sí apoyarle pero debe haber más discusiones, pero si hay suficiente gente estaremos bien. Luz Roja: no, yo no lo apoyo a moverlo. Vamos a utilizar tarjetas para anotar temas específicos. Y vamos a abordar aquellos a medida que avanzamos. Después de cada ronda de cuestiones vamos a abrirlo a otra votación completa hasta que tengamos 2/3 (18 miembros) la votación del pleno apoyo de las prioridades. A continuación vamos a repetir el proceso para los próximos diez franjas y así sucesivamente.

Por lo tanto, aquí están las las clasificaciones establecidas por los votos HPG en septiembre. ¿Cuáles son los pensamientos preliminares en términos de cómo estos diez primeros se ven? ¿Hay cosas que deberían estar allí y no están allí?

Derrick Wilson: Abuso de Sustancias (SA) Los servicios deben estar en los diez más importantes. En lo que va a Philly parte A y Condados circundantes, el transporte es un problema. Pero ya que los condados no son el área de enfoque, si nos fijamos en el número de personas con VIH en todo el Estado el transporte no es un problema.

Richard Smith: Mi propia experiencia en Filadelfia es que es un problema.

Briana Morgan: En Philly transporte médico es en los diez más importantes de cada año.

Linda Frank: SPBP está catalogado como el más importante ... pero tiene su propia línea de financiación, así que por qué está ahí? También estoy de acuerdo que los servicios de SA necesita estar en los diez más importantes. ¿Cómo gestionamos que SPBP tiene un flujo de fondos independiente?

Melissa Davis: Al priorizar debemos mantenerlo en la lista ya que es una categoría de servicio. Con el fin de gastar dinero en él debe ser una prioridad. Será entre los diez primeros con 0% una vez que empecemos el proceso de asignación de Recursos, ya que ha destinado el dinero. Pero recuerden, una vez más, que no podemos considerar las fuentes de financiación al fijar las prioridades.

Linda Frank: Así que ¿por qué no nos incluimos los 11 más importantes si el dinero no va a SPBP?

Paul Yabor: Perhaps we can just think of the top eleven that way... also, I see where Medical Case Management is in top ten, I just wonder if it should be as high as number 2.

Melissa Davis: Vamos a hacer una votación preliminar en los diez más importantes y estructurar una mayor discusión más a fondo en torno a eso.

[Votación]

Melissa Davis: Vamos a empezar con cualquiera de los servicios que falta de los diez más importantes. Por favor, escribe lo que piensas y lo pasa hacia acá Miembros Pitt van a recogerlos.

Kayla Long: Hay un comentario que SA ambulatorio debería estar en los diez más importantes.

Paul Yabor: Estoy a favor de que debido a que una de las grandes cosas que tenemos que hacer para que el trabajo en cascada funcione. Tenemos que ayudar a la gente se vuelve estable. Si pudiera deshacerme de algo de los diez primeros para hacer espacio, sería SPBP.

Richard Smith: Podría ser bueno para explicar cómo estamos clasificando estos. ¿Cómo los clasificamos, no significa que así es como se asignarán los recursos.

Melissa Davis: Correcto. Tendrá porcentaje de financiación del año pasado, cuando nos reunimos mañana. Olvídate de la financiación por el momento.

Linda Frank: Sólo creo que la discusión acerca de los servicios de salud mental, SA y la salud mental es bueno. Todo el empuje en la atención primaria y en los servicios de VIH incluyendo SA estaría en consonancia con las prioridades federales.

Melissa Davis: Con el fin de acceder los servicios de apoyo que necesitan deben de tener un caso de tratamiento médico supervisado en muchas regiones del estado, por lo que sostengo que la prioridad debe seguir incluida.

Paul Yabor: ¿Cuánto cuestan los gastos de seguro en el entorno ACA [Ley de Asistencia Asequible]Respecto primas y los costos de seguro de salud ... ¿cuánto es esto relevante en virtud de la ACA.

Comentario: Aun la ACA tiene primas.

Richard Smith: Quién sabe con el mercado? El dinero que hemos gastado en esa categoría ha aumentado realmente... está saludable PA aun pasando?

Doyin Desalu: Te sugiero tomar las primas de seguros de salud y los costos porque no sabemos lo que ACA va a hacer. Podemos mover la a # 11.

Shannon McElroy: en términos de Saludable PA, los clientes con VIH están en la categoría de "alto riesgo", la cual sólo tiene 40.000 laboratorios cubiertos por año, por lo que es probable, será necesitado una incremento para esto, no menos.

Briana Morgan: Yo digo que nos movemos SA y la Asistencia Financiera de Emergencia [EFA] hacia abajo, ya que EFA es un servicio de una sola vez.

Derrick Wilson: Puedo hacer argumento de que EFA mantiene a la gente en el cuidado ... en última instancia, depende de cómo lo implementamos en nuestro sistema ... tiene que mantener a la gente en el cuidado y hay una correlación directa. Yo diría pre seguro de salud hacia abajo y SA. En cuanto a la cobertura del costo de laboratorio de ACA, los proveedores medicamentos deben cubrir los laboratorios para el seguro. Si sólo mueve el seguro de salud abajo se puede mover el SA arriba.

Tony Strobel: Mi pensamiento es que debemos tener en cuenta los 11 más importantes.

Robert Smith: para los propósitos de utilización esto es equivalente.

Ann Thacker: Estoy de acuerdo con Tony, o de lo contrario tomar SPBP fuera de ella y enfocarse en otros.

Melissa Davis: Me dijeron que no puedo sacarlo sino mantenerlo en el número 1. Así que podríamos añadir otra línea y mirar el once arriba como si fueran los diez primeros. ¿Qué clasificación queremos para SA?

Ann Thacker: ¿vamos a mantenerlos a todos ellos?

Melissa Davis: ¿Si mantenemos 11 veremos porcentajes mañana para evaluar los porcentajes. ¿Queremos mover SA para arriba?

Derrick Wilson: Me gustaría moverlo a 6 para deje caer los servicios de intervención temprana abajo.

[Votos: 2/3 Mayoría opción No permite cambiar SA a # 6]

¿Apoya el movimiento propuesto de categorías de servicios, colocando SA en la ranura número once? [Vote: 2/3 Mayoria APRUEBAN]

[Pausa para el almuerzo]

Melissa Davis: Bienvenido de nuevo. En resumen, hemos pasado el Abuso de Sustancias a # 11.

Kayla Long: El siguiente tema de tarjeta [de los miembros HPG] sugiere que la EFA [ayuda financiera de emergencia] no debe estar en el top 10.

[Votar: 2/3 Mayoría NO soporta eliminar EFA]

David Givens: La siguiente carta le pregunta si el Cuidado de la Salud Oral se elimina de los primeros 10.

[Votar: 2/3 Mayoría NO soporta eliminar el Cuidado de la Salud Oral]

David Givens: La siguiente carta le pregunta si Vivienda se elimina de los primeros 10.

Derrick Wilson: ¿Cómo está HOPWA relacionada con Ryan White [RW] de la vivienda?

Melissa Davis: Es diferente. Alquiler a corto plazo, el primer mes de alquiler, depósito de garantía. HOPWA corto plazo está utilizando de manera similar. A veces RW se utiliza cuando HOPWA no puede ser, como en casos de emergencia.

[Votar: 2/3 Mayoría NO soporta eliminarla Vivienda]

David Givens: La siguiente carta le pregunta si los bancos de alimentos deben moverse hacia arriba en el los primeros 10.

[Vota: 2/3 mayoría no permite añadir Bancos de Alimentos.]

Kayla Long: La siguiente carta le pregunta si la gestión de casos médicos [MCM] debe moverse fuera de los primeros 10

[Votar: 2/3 Mayoría NO soporta eliminar MCM]

David Givens: La siguiente carta le pregunta si SPBP debe moverse hacia abajo a # 12.

[Votar: 2/3 Mayoría NO soporta mover SPBP]

David Givens: La próxima carta le pregunta si SA debe moverse arriba con las 10 y las primas de seguros moverlas abajo.

[Voto: 2/3 mayoría no apoya el cambio propuesto].

Paul Yabor Yo siento EFA debería ser más alto en la lista, si estamos hablando de cosas que estabilizan. A veces no significa ser estabilizado por la pérdida de su casa y el calor, y aquellos son caros.

Melissa Davis: Tal vez, pero usted debe sacar financiación de su cabeza. Sólo estamos pidiendo cuales son los servicios esenciales para la atención del VIH en Pennsylvania?

Ann Thacker: ¿Cuáles son los servicios no básicos en la lista? Vivienda, apoyo transporte médico y el apoyo EFA

Melissa Davis: Vamos ahora a recoger preguntas de tarjetas de índice de nuevo: si hay uno que te gustaría categorizar diferente, háganlo saber.

Linda Frank: Yo todavía no entiendo por qué no podemos incluir el 11 de prioridad entre los diez primeros.

Kayla Long: esta tarjeta le pregunta si la EFA puede moverse más arriba en la lista.

[Voto: LA 2/3 mayoría No soporta, por lo que se mantiene en la posición # 9]

David Givens: Esta tarjeta pide a moverse hacia abajo Vivienda de 4 a 10.

[Voto: 2/3 Mayoría NO soporta mover Vivienda]

David Givens: La siguiente carta pide mover pacientes ambulatorios / más arriba.

[Voto: 2/3 Mayoría No permite mover Atención ambulatoria arriba]

David Givens: Esta carta sugiere que pacientes ambulatorios / ambulatorio médico (3) se debería cambiar con gestión de casos médicos [MCM] (2).

Derrick Wilson: Pacientes ambulatorios es una pieza clave que HRSA le importa: MCM se conecta a las personas en el Cuidado.

Tamara Robinson: usted tiene que estar establecido en la atención para conseguir un administrador de casos.

Linda Frank: Estoy de acuerdo: hay que tener pacientes ambulatorios primero y luego la gestión de casos. También me gustaría ver mover SPBP más abajo. Me gustaría ver primero ambulatoria, manejo de casos y luego SPBP.

Paul Yabor: La atención ambulatoria es una pieza clave para que la gente en cuidado: yo creo debemos moverla arriba.

Presidenta Flaherty: todos necesitan atención ambulatoria, pero no todos necesitan la administración de casos.

Ann Thacker: administración de casos médicos es muy importante con enlace a la atención.

Tony Strobel: Yo diría que los primeros tres son intercambiables, de verdad.

[Voto: 2/3 Mayoría APOYA cambiar la administración de casos médicos y la Atención Ambulatoria].

David Givens: La siguiente carta le pregunta si el HPG quiere mover EIS [Servicios de Intervención Temprana] arriba?

[Voto: 2/3 Mayoría NO soporta mover EIS arriba].

David Givens: La siguiente carta le pregunta si el transporte se debe mover arriba en la lista.

[Voto: 2/3 Mayoría NO soporta mover Transportación arriba]

David Givens: La siguiente carta le pregunta si el Cuidado de la salud oral se debe mover arriba de nuevo.

[Voto: 2/3 Mayoría NO soporta mover Cuidado de la salud oral arriba].

David Givens: La última carta se pregunta si los servicios de salud mental se debe mover arriba a # 4.

[Voto: 2/3 Mayoría NO soporta mover los servicios de salud mental arriba].

Melissa Davis: Ok, ahora que hemos pasado todas las tarjetas de cuestiones ¿Apoya plenamente estos primeros 10 como se clasifican?

[Voto: 100% Mayoría APOYA la clasificación actual.]

Melissa Davis: OK, ahora estamos buscando por los próximos diez. Sin importar el orden, son éstos los próximos diez servicios?

[Voto: 2/3 Mayoría NO soporta la clasificación actual.]

Ok, entonces, vamos a hacer otra ronda de fichas. Recuerde, esto no es sobre el orden tanto como lo es si algo debe ser empujado hacia fuera y sustituido en por los próximos diez.

Kayla Long: La primera carta sugiere que el tratamiento no médico caso debe moverse fuera de los mejores 20 a nueve en la mejor lista de 10.

Richard Smith: Yo diría que debería quedarse porque si vamos a permitir ofrecer esta podría aliviar parte de la carga en la gestión de casos médicos para las personas que no necesitan MCM.

Derrick Wilson: Pero el futuro no es hoy. Podemos volver a la No-MCM el el futuro, sino que tendrá que ser utilizado en la RFA.

Melissa Davis: si podemos hacer un caso para un sistema de la administración de casos triaged podemos usar eso como una recomendación para la DOH.

Paul Yabor: Caen los navegantes bajo esto? [SÍ] Luego que podría ser un caso en el que iba a funcionar bien.

[Voto: 2/3 Mayoría No soportan mover No- MCM fuera y en la parte inferior 9.]

David Givens: La siguiente tarjeta le pregunta si la terapia médica nutricional debe moverse arriba en 11-20?

Wes Anderson: Además del transporte, se mencionó como un apoyo en las zonas rurales.

Paul Yabor: La seguridad alimentaria es un problema.

Susan Rubenstein: sin embargo. Este servicio forma parte de consultas externas.

Paul Yabor: Al principio pensé que la terapia médica nutricional [SM] es los bancos de alimentos. El banco de alimentos / comidas a domicilio es independiente, sin embargo. MNT es una visita por un dietista registrado.

Shubra Shetty: estamos viendo más diabetes, presión arterial alta, problemas del corazón ... mis pacientes están muriendo de otras cosas, no de SIDA. Relacionada con la obesidad los problemas está muy extendido en la práctica clínica.

[Vota: 2/3 mayoría APOYAN la terapia médica nutricional mudarse a 11-20.]

David Givens: Ok, así que ahora tenemos una sugerencia de seguimiento que la Asistencia Farmacéutica para el SIDA debe moverse hacia fuera y la terapia de nutrición médica poner en su lugar en el # 14?

[Vota: 2/3 Mayoría APOYAN la terapia médica nutricional entrando en # 14.]

David Givens: La siguiente tarjeta sugiere que los servicios jurídicos pueden mover más arriba en la lista.

Tony Strobel: Esto es importante porque el 75% de los VIH positivos viven en la pobreza y en la mayoría de los casos no tienen capacidad legal para hacer frente a cuestiones relacionadas con el VIH.

Briana Morgan: También puede haber nuevas necesidades legales relacionados con PA Saludable.

Robert Smith: algunas personas han dicho que no pueden obtener los servicios por lo que podría ayudar.

Melissa Davis: esto cubre cosas como poder notarial, acogimiento familiar, la discriminación de vivienda, problemas de discriminación, de seguros, testamentos y custodia.

[Voto: 2/3 Mayoría No soportan mover los servicios legales dentro 11-20.]

Votos sin discusión:

[2/3 Mayoría No soportan mover el cuidado de relevo dentro 11-20.]

[2/3 Mayoría No soportan mover los servicios lingüísticos dentro 11-20.]

[2/3 Mayoría No soportan mover de banco de alimentos fuera de 11 a 20.]

[2/3 Mayoría No soportan mover servicios de alcance dentro la parte inferior nueve.]

David Givens: Esta carta sugiere que el servicio Residencial de Abuso de Sustancias [RSA] debe moverse dentro la parte inferior nueve.

Paul Yabor: Estoy en contra de esto. Una vez más, estamos pidiendo la carga viral sea un número estático. Comportamiento de las personas no es un número estático. Cualquier persona que podamos apoyar, incluyendo RSA, debe ser una prioridad.

Linda Frank: Estoy de acuerdo que: cuando identificamos a la gente la gran caída en términos de atención / retención se relaciona con la salud mental / SA.

Ann Thacker: Es costo prohibitivo, sin embargo.

Paul Yabor: Acabo de pasar cinco días en Pittsburgh, y hablamos acerca perdida de la atención. Sabemos que cuando tienen el apoyo que hacen sus citas.

Derrick Wilson: Pero RSA es un costo prohibitivo.

Linda Frank: no debemos considerar eso en nuestra votación.

Melissa Davis: El costo no es una consideración, pero costo efectivo es parte de los principios guías.

[Voto: 2/3 Mayoría No soportan mover que el servicio Residencial de Abuso de Sustancias fuera de 11-20.]

David Givens: Esta carta sugiere cambiar los servicios de cuidado de niños dentro 11-20.

Linda Frank: Realmente sentí que debe moverse arriba para tratar de lograr que las mujeres en cuidado y mantenerlos en la atención. Si ellos no tienen cuidado de niños no van a venir y van a faltar a sus citas.

[Voto: 2/3 Mayoría No soportan mover los servicios de cuidado de niños en la lista.]

Melissa Davis: Tomemos otra votación sobre el orden de estas 11-20 prioridades.

[Vote: 2/3 Majority does NOT support current order of priorities.]

Ok, vamos a hacer otra ronda de tarjetas.

Kayla Long: esta primera carta sugiere que el banco de alimentos se moverá en la lista.

[Voto: 2/3 Mayoría No soportan mover de banco de alimentos en la lista.]

David Givens: Esta tarjeta le pide para mover la reducción de riesgo / educación para la salud en la lista.

[Voto: 2/3 Mayoría No soportan mover educación para la salud en la lista.]

Votos sin discusión:

[2/3 Mayoría No soportan mover los servicios de apoyo psico-sociales de la lista.]

[2/3 Mayoría No soportan mover servicios de alcance de la lista.]

[2/3 Mayoría No soportan mover la administración de caso no- médico de la lista.]

[2/3 Mayoría No soportan mover los servicios de que el servicio Residencial de Abuso de Sustancias de la lista.]

[2/3 Mayoría APOYAN la clasificación actual de prioridades 11-20.]

[2/3 Mayoría APOYAN la clasificación de la parte inferior nueve.]

Melissa Davis: Excelente. Ahora la votación final es un voto acumulativo acerca de si usted apoya la clasificación completa de todas las prioridades.

[Voto: 100% Mayoría APOYA la inclusión completa de prioridades. Véase el Apéndice A para la lista.]

Melissa Davis: Ok, felicitaciones a todos. La última cosa que necesitamos para hoy es fundamento lógico para las diez prioridades. Hablamos de los primeros tres en longitud, por lo que ¿qué podemos decir sobre el número cuatro?

Robert Smith: de Vivienda, si usted no tiene ambiente de vida estable que no van a las citas médicas o comer bien; usted necesita un lugar estable para ser estable.

Doyin Desalu: La vivienda es de atención de salud.

Derrick Wilson: Aun vivienda temporal es importante.

Jeffery Haskins: Una gran cantidad de personas que no tienen hogar, la recuperación y la vivienda de la salud mental es esencial para que las personas sean lo suficientemente estable como para tomar medicamentos y mantenerse sano y bien.

Melissa Davis: Ok, para # 5, la salud oral: la gente tiende a evitar al dentista y descuidar tratamientos lo que es importante para hacer que paso preventivo una prioridad.

Ann Thacker: con personas viven más tiempo, es mucho más de una prioridad.

Derrick Wilson: Hay una variedad de enfermedades oportunistas que sólo pueden ser detectados por exámenes orales.

Linda Frank: Han estado alentando los dentistas para hacer la prueba del VIH ... así que esta es otra vía para que las parejas se hagan la prueba.

Melissa Davis: Para # 6, EIS, esto apoya el continuo, aborda dos primeras partes de ese continuo. Hablamos largo y tendido sobre el número siete. Para # 8, los servicios de salud mental...

Dan Champion: Las personas pueden estar traumatizados por el VIH. Y la necesidad de mecanismo de para enfrentar el vivir con el VIH.

Linda Frank: Tratamiento cascada de salud mental como factor en su estancia en la atención. Hay un montón de personas que tienen problemas de salud mental antes y también desarrollan post diagnóstico.

Briana Morgan: Y también hemos perdido a Cuidado - Salud mental es una limitación allí.

Wayne Fenton: Una gran cantidad de personas que tienen depresión.

Melissa Davis: Ok, eso debería cubrirlo ya que hablamos de 9 y 10 mucho, demasiado. Gracias a todos.

Linda Frank: Me gustaría darle las gracias por el gran trabajo que hiciste, Melissa.

Melissa Davis: Gracias, me gustaría dar las gracias a David y todo el equipo Pitt por todo su trabajo detrás de las escenas y en medio de las reuniones.

Subcomités:

Director McGarvey: Ahora vamos a romper en subcomités, y luego tener informes breves antes de levantar la sesión.

Anuncios de los subcomités:

Shannon McElroy: Como ustedes saben, nuestro co-presidente, Michael Hellman, renunció, por lo que llevará a cabo una elección para un nuevo co-presidente en enero. Mientras tanto Dan Campion y yo presidiremos.

Membresía y Partes Interesadas permanecerán en su lugar, los otros comités pueden tener que cambiar para el próximo año. Hablamos también de los grupos de interés y Tony Silvestre se presentará nuestro plan de cinco años que vamos a hacer con Pitt. El comité de nominaciones está finalizando las decisiones de aplicación.

Briana Morgan: Sharita y Shannon han mencionado una nueva estructura de los comités y nos habló de eso. También nos fijamos en las cuestiones clave de informantes y los que tienen mucho tiempo de espera. Vamos a tratar de entender el tema de transporte. Vamos a hacer la solicitud formal HRSA sobre telemedicina como para la Parte B integral y como parte de la atención ambulatoria. Nos fijamos en los vacíos en enlace con las citas subsecuentes. Podemos ver cómo funciona Alabama con la telemedicina.

Paul Yabor: Cuando se habla de la telemedicina debe mirar no sólo al VIH, pero con los tratamientos de la hepatitis C también puede funcionar bien.

Melissa Davis: Nuestro subcomité pasó tiempo mirando a los vacíos en los datos de hoy, la forma de hacer recomendaciones, entró el tema del transporte en nuestra discusión. Revisamos los puntos fuertes del proceso.

Chairwoman Flaherty: Muchas gracias y nos veremos mañana.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HEALTH

HIV PLANNING GROUP MINUTES

(Spanish Version)

Park Inn Harrisburg West, 5401 Carlisle Pike, Mechanicsburg, PA
Noviembre 13th, 2014

Miembros: Wesley Anderson, Jr., Dan Champion, Principe Castro, Melissa Davis, Doyin Desalu, Wayne Fenton, Sharita Flaherty, Linda Frank, Jeffery Haskins, Shannon McElroy, Briana Morgan, Daiquiri Robinson, Tamara Robinson, Susan Rubinstein, Pamela Smith, Richard Smith, Rob Smith, Nathan Townsend, Tony Strobel, Shubra Shetty, Grace Shu, Ann Stewart Thacker, Derick Wilson, Paul Yabor

No Presentes: Alicia Beatty, Daniel Harris, Ron Johnson, Wayne Williams

Dept. de Salud: John Haines, Kyle Fait, Jill Garland, Cheryl Henne, Sara Luby, Ken McGarvey, Julia Montgomery, Benjamin Muthambi, Robin Rothermel, Jon Steiner, Brad VanNostrand

Universidad de Pittsburgh: Mack Friedman, David Givens, Daniel Hinkson, Sarah Krier, Kayla Long.

HRSA/CDC:

Invitados: Adam Bocek, Christine Quimby, Leah Magagnotti, Jeanne Caldwell, Lou Ann Masden

Bienvenida E Introducciones:

[9:00am]

Director McGarvey: Bienvenido de nuevo. Por favor, complete una encuesta de miembro si usted no tiene, y recuerde nuestra política de tecnología; por favor apague su teléfono. Además, hemos tenido una muy buena afluencia de clientes y partes interesadas, pero sí es necesario tener en cuenta que estamos limitados por nuestro contrato con el hotel para 60 comidas en el almuerzo, así que puede tener que limitar eso. Por último, Greta estará aquí para ayudarle con los viaticos, ya que vamos a necesitar sus recibos.

Noticias

Division de noticias VIH/SIDA

Julia Montgomery: Tenemos un nuevo miembro del personal. Su nombre es Katherine. Hemos enviado personal a una reunión de tres días de asistencia técnica acerca de Ryan White Parte B integral y en Washington DC. Pronto serán capaces de aplicar ese conocimiento en lo que hacen. Estamos encantados de contar con personal completo en la sección de cuidado. En otras noticias, comenzado nuestras visitas de campo anuales a los beneficiarios regionales - vamos a tener dos visitas más antes de los feriados, y el resto después de los feriados.

Jill Garland: Para la sección de prevención tenemos una actualización de personal: un administrador se ha añadido, Mary Jane. Ella comenzará oficialmente en enero, y luego nosotros estamos a plena capacidad. Hemos estado viajando visitando algunos de los departamentos de salud del condado. En cuanto a la creación de la logística, Lisa será el manejo de esos.

Asistimos a una conferencia. se le ha pedido a Nicole presentar en un panel de NASTAD. La sesión en sí titulada Subir las barras, sobre los enfoques que estamos tomando para tratar de elevar los estándares y la presentación de informes para la prevención. Hemos sido capaces de mejorar nuestras medidas de desempeño. Más de 60 personas asistieron. Ella recibió bastantes comentarios positivos.

No tenemos nada en cuanto a nuestra revisión técnica de los CDC o la notificación de la concesión.

Cheryl Henne: Nuestro personal no está todavía a plena capacidad pero pronto lo estará. Además estamos buscando traer a una persona a tiempo parcial para ayudar a entrenar a la nueva persona. Estamos muy entusiasmados con eso. Brad fue a la visitar reverse site. Los acuerdos del Fabricante se redactaron y enviaron por correo, por lo que estamos muy contentos con eso.

John Steiner: SPBP está en proceso de actualización de los acuerdos con los fabricantes. En julio habíamos enviado por correo los nuevos acuerdos cada uno de los nuevos fabricantes. Retrasamos fecha límite para convenios a julio de 2015. Algunos fabricantes están trabajando en ello, pero se tarda un poco en llegar a través de sus comités jurídicos y revisión.

Doyin Desalu: ¿Es la primera vez con el nuevo acuerdo de fabricante?

John Steiner: Esta será la primera vez que vamos a tener nuestro propio acuerdo. Una nueva ley estatal requiere que hagamos esto.

Susan Rubenstein: ¿Es necesario que todos los programas ADAP tengan estos acuerdos?

John Steiner: Es sólo un requisito para nosotros en PA. Otros estados sólo necesitan hacerles saber cuántos reembolsos esperan.

Shubra Shetty: ¿Informó a los clientes y prescriptores? Ellos probablemente no se dará cuenta si usted acaba de enviar a los cuenta habientes.

Cheryl Henne: Eli Lilly ha pedido poner fin a su contrato de 1 de noviembre, así que corrimos informes para ver el número de cuenta habientes que utilizan la marca, y los contactamos para hacerles saber que deben contactar con al farmacéutico.

Ann Thacker: ¿Cuál sería un buen día para revisar los formularios si queríamos hacer eso?

John Steiner: Podría ser hasta el 1 de enero - vamos a notificarle los tarjetahabientes con anticipación.

Paul Yabor: Con el último nuevo contrato recientemente, una gran cantidad de farmacias resistieron. ¿Hay algo que tenemos que hacer?

John Steiner: No hemos visto la afluencia como hicimos con las farmacias. En este punto estamos notificando farmacias para notificar que los fabricantes aún tienen que firmar acuerdos.

Director McGarvey: En lo que va a los anti-retrovirales, han conseguido sus acuerdos o nos han informado que están en las últimas etapas de revisión. Así que en lo que es anti-retrovirales estamos en buena forma. Pero tenemos un muy extenso formulario - más que la mayoría de los estados - por lo que hay un montón de otras drogas que son importantes pero más por el aire. Si los fabricantes no devuelven los convenios tenemos que sacarlas de en la lista.

Ann Thacker: ¿Hay otros fabricantes que producen medicamentos similares?

Paul Yabor: ¿Y hay espacio para la promoción?

John Steiner: Podemos proporcionar una lista de los fabricantes.

Director McGarvey: Tenga en cuenta que los grandes fabricantes de medicamentos son un animal diferente en cuanto a las farmacias...

Rob McKenna: Yo puedo hablar de HHS. En el Día Mundial del SIDA el Dr. Frank me ha pedido que presente. El 2 de diciembre nos gustaría convocar y aprender sobre las experiencias de los consumidores en la inscripción del mercado - los esfuerzos que se han realizado y cómo podemos ayudar. Como se puede imaginar la AAC sigue siendo una prioridad.

David Givens: For Pitt announcements, at the membership and stakeholder groups request we are reaching out to former IPG and CPG members to let them know what the HPG has been doing and what new stakeholder efforts will be getting underway. We also have minutes and the membership application available on our website both in English and Spanish, so you can send people there to stay abreast of the meetings and HPG. We are also preparing to update our faith base prevention and outreach webpage, and are excited about that. We also have our intern here with us this meeting, Kayla Long, and are happy to welcome her. She has been a great help and helped prepare some of the information you've been reviewing this fall. I'll ask Sarah to say a few words about our Acceptance Journeys project.

Para anuncios Pitt, a los grupos de membrecía y de las partes interesadas solicitan que estemos tratando de llegar a los antiguos miembros de IPG y CPG para hacerles saber lo que el HPG ha

estado haciendo y qué nuevos esfuerzos de las partes interesadas se han hechado en marcha. También tenemos los minutos y la solicitud de membresía en nuestro sitio web, tanto en Inglés y Español, así que usted puede enviar a la gente allí para estar al tanto de las reuniones y HPG. También estamos preparando para actualizar nuestra página web Prevención y Alcance y Base de la Fe, y estamos entusiasmados con eso. También tenemos nuestro interno aquí con nosotros esta reunión, Kayla Long y estamos felices de darle la bienvenida. Ella ha sido una gran ayuda y ayudó a preparar algunos de los datos que usted ha estado revisando este otoño. Le pediré a Sarah que diga algunas palabras acerca de nuestro Proyecto Aceptación Journeys (Viajes).

Sarah Krier: Proyecto Nuestro Aceptación Journeys es una intervención financiada por los CDC que trabaja para reducir la estigmatización de los jóvenes LGBTQ y afroamericanos, principalmente. Funciona con representar y compartir historias de aceptación entre las personas LGBT y sus familiares o seres queridos. Hemos terminado nuestras fotos e historias, y así los primeros carteles estarán subiendo pronto en Pittsburgh. Tenemos pruebas para compartir con ustedes para que usted vea. También estamos manteniendo un ojo en capacidad- de -escala para ver si y cómo esto se puede adaptar a otras áreas de PA.

Linda Frank: Para AETC, nos estamos preparando para el mundo evento día SIDA. Nuestro sitio web destaca realmente hasta al día la información y webinaros archivados. AETC continúa ofreciendo mini-residencias donde enviamos a los médicos a los sitios.

Daniel Harris: En Philly tuvimos un evento de preparación para hombres Afroamericano gay y tuvimos eventos increíbles con 50 personas.

Shubra Shetty: Nuestras actividades clínicas incluirá presentaciones de casos con centro de Wright y centro médico. Hemos subido el número de estudiantes que pasan a través de nuestra clínica. Los estudiantes están tomando la iniciativa. Me encantaría escuchar más ideas de cómo todos se ha involucrado con los estudiantes.

HPG Noticias

Director McGarvey: Gracias a todos. Ahora tenemos algunos negocios HPG.

Shannon McElroy: El grupo de membresía se reúne durante el almuerzo para finalizar nuestra decisión sobre los nuevos miembros.

[Presentación: Anthony Silvestre: Video sobre el Plan de Participación de los miembros Interesados de 5 años. No se plantearon preguntas.]

Asignación de Recursos

[Presentación en Powerpoint: Melissa Davis: Preparación para la Asignación de Recursos]

[Presentación en Powerpoint: Julia Montgomery: Presentación de Servicios Estatales]

Paul Yabor: 2011/2012 se miden en porcentajes - con este cambio de los servicios de lo que fue la popularidad de la actividad?

Susan Rubenstein: En 2011/2012 ambulatoria y MCM son significativamente más altos que el año 2013. ¿Por qué?

Julia Montgomery: Antes informamos todo respecto a Partes A-D, pero en el año 2013 empezamos a informar sólo una parte B.

Robert Smith: Esa fue la diferencia en lo que se propuso y se utiliza?

Julia Montgomery: En general, la propuesta frente al real tenían muy pocos cambios. Estoy feliz de hacer una presentación el próximo año. Con nosotros recibiendo todos los datos Careware tendremos mejores datos para trabajar.

Linda Frank: ¿Sabemos lo que el 100% de la financiación es- ¿cuál es la cantidad total? ¿Cuáles son estos porcentajes todos con sede fuera de? Seguimos hablando de tomar SPBP apagado.

Melissa Davis: Es en la diapositiva.

Julie Montgomery: Se destina, pero no podemos decir que no existe.

Linda Frank: Tengo una pregunta acerca de la consulta externa / atención ambulatoria. ¿Es o no está cubierto por la ACA tenemos ningún dato sobre eso?

Julia Montgomery: La subvención 2013 finalizó en marzo de 2014 por lo que el impacto de la ACA fue sólo 3 meses. No tenemos reporte mensual de los fondos gastados. Las regiones alrededor de la mesa podría ser capaz de hacer frente a esto: son pacientes que acceden a estos servicios menos desde marzo?

Linda Frank: En el futuro, es importante pensar en dónde pondríamos limitada dinero parte B si más el reembolso viene de ACA. No estoy seguro de cómo hacer frente a que en términos de la asignación de fondos para ello.

Briana Morgan: Hemos estado viendo esto en AACO. 70 clientes inscritos y 26.000 no lo hicieron.

Ann Thacker: También vemos muy pocas personas de inscribirse. No es obligatorio para HRSA. Si alguien no se inscribe aún pueden obtener fondos Ryan White.

Richard Smith: región SW ACA primer año los clientes parte B: 17 total.

Linda Frank: Es interesante que los números son tan bajos.

Melissa Davis: El proceso RA será reevaluado cada año. Así que ahora vamos a empezar a trabajar y ver el top 10.

Shubra Shetty: Así que empezamos con la financiación global como plana. ¿Cómo nos estamos moviendo cosas en todo caso?

Melissa Davis: Tenemos que enfocarnos primero en nuestro primer diez.

Linda Frank: Si aumentamos algunos de ellos podríamos disminuir en otros.

Melissa Davis: EIIHA está bajo de EIS por lo general, pero estamos usando fondos estatales para eso.

Julia Montgomery: No tenemos intención de reducirlo.

Linda Frank: ¿A dónde va el dinero EIIHA?

Julia Montgomery: Cuando usted está buscando en los servicios asociados e identifica a personas de riesgo.

Melissa Davis: Vamos a pasar tiempo hoy hablando de lo que queremos éstos que parezca.

Director McGarvey: Puede establecer estos números de los gastos reales, si lo desea, pero tenga en cuenta que los contratistas pueden mover fondos en las que necesitan para mover fondos en función de cómo se escriben los contratos. Esa es la otra razón por la que las prioridades de ayer son realmente importantes.

Paul Yabor: Una preocupación con EIS con la prevención es que se está moviendo hacia los recursos escasos. ¿Los flujos de financiación para las pruebas, pueden ser sostenidos?

Jill Garland: No he oído nada acerca de eso. Tenga en cuenta con los fondos de los CDC también tenemos la capacidad de mover fondos alrededor. 75% de nuestros fondos son para servicios directos ... ninguno de esos dólares se mantienen en Harrisburg.

Melissa Davis: Todavía quiero ser consciente de mantener estos números realista. Entonces, ¿qué es lo que pensamos? Estamos buscando financiación nivel aquí. ¿Hay una categoría de servicio aquí que estamos anticipando los cambios?

Ann Thacker: ¿Hay una perspectiva regional permitida aquí? Debido a que los gastos de servicios básicos están subiendo en nuestra región.

Linda Frank: Tal vez deberíamos poner más dinero en primas de seguro de salud? Tal vez sea más barato que poner más dinero en el seguro en lugar de tratamiento.

Directora McGarvey: No sabemos eso, sin embargo.

Paul Yabor: He oído un montón de testimonios y la información sobre la insuficiencia de transporte en las zonas rurales. ¿Debemos hablar de eso?

Richard Smith: El transporte es un gran problema y un obstáculo a la atención. Pero rara vez nos gastamos todo el dinero de transporte disponible en nuestra región.

Melissa Davis: Tal vez no es un problema de dinero, pero a lo mejor necesitamos formas más creativas para satisfacer la necesidad. La necesidad y los fondos pueden ser dos cuestiones diferentes.

Jeffery Haskins: Los concesionarios han dicho en la evaluación de las necesidades que los problemas de transporte no son abordados por el dinero.

Daiquiri Robinson: Tal vez debería poner más dinero en salud mental.

Melissa Davis: Ok - ¿qué otras fuentes de financiación entra en esa categoría?

Ann Thacker: En Filadelfia hay Departamento de Salud de la Conducta que cubre eso.

Richard Smith: En el condado de Allegheny nosotros no gastamos todo ese dinero - además, el condado puede cubrir eso, Ryan White es un pagador de último recurso.

Robert Smith: En el centro sur, puede ser una larga espera para utilizar los fondos Ryan White para la salud mental.

Comentario: Las organizaciones podrían mirar más a los servicios de salud mental emplazamiento común; en lugar de "que no está disponible, no podemos hacerlo." Tal vez deberíamos considerar en esos términos.

Tony Strobel: Siempre nos fijamos en CDC, SAMHSA, HRSA, pero en HHS hay otras fuentes disponibles.

Wesley Anderson: Estoy de acuerdo con Tony por aquí. Debemos aumentar la categoría, el VIH y la salud mental se está convirtiendo en mucho más específico en lo que respecta específicamente a los temas de VIH y la salud mental. En la Universidad de Pensilvania, ya hemos establecido una CFAR sólo para el VIH y la salud mental.

Richard Smith: Estamos trabajando dentro de un marco específico que va a existir en el futuro. Me gusta la idea de Tony, pero cobraremos de los costos unitarios. Tienen que tener los clientes para cobrar por el servicio. Ellos no pueden facturar a menos que tengan los clientes llegando.

Susan Rubenstein: Los psicólogos son muy difíciles de encontrar, me pasé 2 años tratando de encontrar uno en Lehigh Valley. Modelos en que se realice la salud mental correcta en la clínica de VIH, especialmente en los entornos rurales, serían útiles.

Linda Frank: ¿Cómo se financia la Salud Mental en la Parte B, suena como el mecanismo de financiación tiene que ser mirado a medida que avanzamos. No siempre tiene que ser un psiquiatra- por ejemplo, enfermeras, etc. No podría haber maneras innovadoras de proporcionar ese servicio que no sea cada agencia de contratar a alguien. Podría haber un núcleo regional de proveedores de MH - un enfoque interdisciplinario - que podrían ser capaces de trabajar que podrían estar disponibles según la necesidad de la agencia. HRSA le gusta la colaboración interdisciplinaria. En muchos sentidos, no se puede hablar de MH sin consumo de sustancias, porque están entrelazados.

Melissa Davis: Ok . y no hemos hablado de la salud oral todavía.

Linda Frank: Y he mencionado las primas de seguros.

Melissa Davis: Vamos a votar en el aumento de la asignación de la salud mental.

[Vota: 2/3 de la mayoría NO soporta el aumento de la salud mental.]

Melissa Davis: La salud oral fue el siguiente sugerido para un aumento. ¿Alguna idea?

Susan Rubenstein: No hay realmente ninguna otra financiación para la salud oral, así que creo que es importante que el dinero B para financiar eso.

Daiquiri Robinson: Muchos de nuestros clientes en el momento en que llegan a nosotros, ellos tienen un montón de otros problemas que no han abordado, incluyendo problemas de salud dental, abscesos, etc.

Robert Smith: La necesidad está ahí, a veces tenemos que ser creativos para que la gente a las citas.

Melissa Davis: "No hay otras vías de financiación" es la razón principal.

Richard Smith: Hemos visto un aumento en la salud oral en nuestra región. Pero en la salud rural, tenemos la suerte de encontrar un médico que se reunirá con nuestros clientes.

Melissa Davis: Ese es un problema en nuestra región.

Ann Thacker: Es mucho trabajo para encontrarlos, para contratar con ellos.

Shubra Shetty: Nuestros pacientes son cada vez mayores-45 plus se nuestros grandes temas de la vida de la población, junto con cosas relacionadas con el VIH, creo que la salud bucal es muy importante.

[Vota: 2/3 APOYO mayoría cada vez más fondos para la salud oral.]

Melissa Davis: Ok, discutiendo las primas de seguro de salud es el siguiente.

Susan Rubenstein: me pregunto acerca de las regiones, no se quedará sin dinero?

Melissa Davis: Podemos mover dinero entre categorías, por lo que no acabará.

Richard Smith: Nosotros usamos.

Melissa Davis: ¿Queremos aumentar esta, o no?

[Votar: 2.3 Mayoría NO soporta el aumento de la categoría de soporte prima de seguro de salud.]

Melissa Davis: Finalmente vamos a votar en el top ten completo si estamos contentos con las categorías que queremos cambiar, y vamos a volver a las categorías obtener la cantidad después de la votación. No hay ninguna opción intermedia en esta ocasión, es sí / no.

Robert Smith: ¿Es necesidad de asistencia financiera de emergencia aumenta o disminuye?

Melissa Davis: Hemos visto que permanezca estable.

Paul Yabor: ¿Qué servicios de vivienda están cubiertos bajo la Parte B?

Melissa Davis: Varios, pero no HOPWA. Podría ser a corto plazo, alojamiento temporal, también podría ser un centro que brinda salud mental, abuso de sustancias, servicios.

Julia Montgomery: También podría ser una vivienda de emergencia para tratamiento especializado fuera de su casa.

Richard Smith: Podría ser utilizado para conseguir una vivienda permanente; depósitos de seguridad, primer / último mes de alquiler ... es útil.

Linda Frank: Un comentario. Ayer nos pasamos un montón de priorizar el tiempo, sin embargo, en la votación que no hemos cambiado ninguna de las asignaciones, además de la salud oral. Tal vez sea porque sí / no hay respuesta, y si había un término medio. Pensé que estábamos haciendo 3 opciones para todas las cosas.

Melissa Davis: No, 3 opciones es sólo por la lista de prioridades. Decidimos que el formato en octubre.

Linda Frank: Si tuviéramos que hacerlo de nuevo, creo que algunas de las cosas podrían haber conseguido más discusión, y podríamos haber ellos reasignado.

Dan Champion: Tal vez eso es porque esta configuración está funcionando en las regiones.

Melissa Davis: Podríamos cero fuera una de estas categorías si nos encontramos otras fuentes de financiamiento.

Ann Thacker: Son recomendaciones, DOH toma las decisiones finales de todas formas. Nos cambiamos el establecimiento de prioridades, lo que hacen con él en cuanto a la financiación depende de usted.

David Givens: Las opciones que hemos elegido representa el 80% de los costes.

Paul Yabor: Tengo un tiempo dificultad averiguando de donde tomar el dinero y a qué nivel de financiación.

Melissa Davis: Bloqueo en este 10 con una opción de 3-voto vamos a discutir la salud oral después.

Doyin Desalu: Encerrado en medios porcentajes entre los 10 mejores asignaciones no cambian en absoluto.

Presidenta Sharita Flaherty: Es por eso que estamos tomando los votos.

Melissa Davis: Ha habido no se habla de la disminución de nada aquí en la parte superior de 10 mantener estos por lo menos financiación nivel. Con la excepción de la salud oral, si hay sugerencia de que, ahora es el momento para hacerlo.

Doyin Desalu: ¿No puede afeitarse un poco fuera de la gestión de casos médicos?

Presidenta Flaherty: O estamos votando para mantener estos completamente el mismo que no sea oral, o vamos a hacer cambios. Vamos a tomar ese voto fuera de la mesa a continuación.

Shubra Shetty: Si no podemos encontrar el dinero para la salud oral en otro lugar, entonces creo que esperar es sabio, porque no tienen todos los fondos aún para las otras categorías, por lo demás es un poco difícil de envolver su cabeza alrededor de ella.

Melissa Davis: OK, vamos a realizar en la discusión de gestión de casos.

Doyin Desalu: Sí, por favor, gracias.

Melissa Davis: Los artículos 11 a 20. De estos 10, las recomendaciones son ahora.

Richard Smith: yo voto para reducir Salud Ed [ÉL] / Reducción de riesgos [RR]. El regreso de los proveedores de estos servicios, es una cosa muy difícil de medir, y también hay dinero para otras fuentes aquí.

Susan Rubenstein: Estoy de acuerdo con Richard.

Linda Frank: Estoy de acuerdo también.

Shubra Shetty: Haciéndose eco de lo que todos dicen, en la mayoría de las oficinas, todo el mundo ha enseñado a hacerlo, por lo que cualquiera puede hacer esto. Está separado de retención?

Melissa Davis: Sí.

Jeffery Haskins: Me gustaría hablar de un aumento en el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios. Estamos viendo que los usuarios de sustancias poli, más personas están llegando con eso.

Melissa Davis: Vamos a esperar por el uso de sustancias por un momento.

Robert Smith: ¿Qué servicios se prestan actualmente bajo HE / RR?

Melissa Davis: Educación, el riesgo de transmisión, prevención secundaria.

Robert Smith: Utilizamos Estado 106 fondos para eso, así que estoy de acuerdo con Richard.

Melissa Davis: Vamos a abrir la votación / RR HE, Sí para reducir, no a seguir igual.

[Vota: 2/3 mayoría apoya la reducción de Educación para la Salud y la Reducción del Riesgo a cero.]

Melissa Davis: Discusión para aumentar el uso de sustancias para pacientes ambulatorios.

Richard Smith: Voy a decir mantenga el mismo, en mi opinión.

Melissa Davis: ¿Qué otros servicios disponibles?

Richard Smith: servicios del Condado, la asistencia médica.

Comentario: Yo votaría para aumentarlo. Hemos movemos, la gente pensaba que era una cosa muy importante. Con eso en mente, parece que SA ambulatoria es una necesidad cada vez mayor, por lo que debemos poner nuestro dinero donde está nuestra boca. Estamos viendo más consumo simultáneo de drogas, el estigma y la discriminación, y esos sistemas se estiran.

Melissa Davis: Creo que en la actualidad que la necesidad es satisfecha por otras fuentes de financiación en todas menos una región, a partir de lo que está en el papel. 3 regiones utilizan. ADAP paga \$ 500.

Paul Yabor: Una de mis preocupaciones es que la gente accede a tratamiento. Si ellos no tienen seguro de que pueden conseguir DHSI, entonces por lo general patadas de seguro médico en.

Linda Frank: Cuando se trata de recursos de salud mental, en las afueras de Pittsburgh, Filadelfia, AIDSNET, es una harina de otro costal. No es una gran cantidad de servicios disponibles fuera. Deberíamos estar pensando en todo el estado.

Presidenta Flaherty: sólo poner más dinero en la categoría no se solucionará el déficit estructural si hay barreras de transporte.

Linda Frank: Pero ni siquiera se puede empezar a mirar si usted no tiene dinero para hacerlo.

Paul Yabor: Junto con la Salud Mental, 1 cosa que viene a la mente son las personas que se pierden a la atención, sin hogar, ellos son vulnerables, si había más dinero, tal vez eso podría ir allí.

Melissa Davis: Todas las regiones tienen la línea de servicio. Pero no todas las regiones han utilizado la misma. Lo que esto significa es que el servicio está siendo prestado en otro lugar.

[Votar: 2.3 Mayoría NO soporta el aumento de la categoría de pacientes ambulatorios por abuso de sustancias.]

Linda Frank: Creo que cuando está tan cerca no debe haber más discusión.

Presidenta Flaherty: Pero nos pusimos de acuerdo en la relación 2/3 de votación. Fue propuesto por el comité.

Linda Frank: Yo no creo que tengamos un consenso sobre esto.

Susan Rubenstein: La gente en el otro lado no siempre han sido vocal. Las personas que votaron para otro lado no hablan.

Melissa Davis: No he escuchado ningún argumento - no hemos identificado que no necesita ser conocido. Yo diría que con 3 regiones financiar eso, hay que tener esa servicio disponible, y otras regiones han encontrado otros fondos para prestar ese servicio. No he escuchado "mayor necesidad" todavía. Puedo oír eso ahora.

Shubra Shetty: Todo el mundo está de acuerdo en la necesidad está ahí, pero no es que no se está cumpliendo. Regiones específicas pueden ajustar, lo que da flexibilidad en el suelo.

Presidenta Flaherty: Con la salud mental, hay otras fuentes de financiación, y se nos permite decir que hoy. No se ha identificado que hay un déficit de hoy.

Paul Yabor: Uno de mis objetivos era estar preparado para los cambios en el futuro cercano, entre ACA, otra FQHC, un nuevo gobernador; Me pregunto, ¿estoy cumpliendo con eso? ¿Estamos preparados, ¿esto refleja las necesidades para el futuro inmediato?

Melissa Davis: Todo lo que podemos hacer es tratar de mirar hacia adelante, pero hay tantas incertidumbres.

Presidenta Flaherty: Tenemos 2 cosas construidas en hacer frente a las necesidades futuras. Esto se hace anualmente (asignaciones) y las regiones tienen maneras de Flex.

Melissa Davis: Tenemos esa capacidad de ser flexible.

Shubra Shetty: Proceso-sabio, es 11:30, y algunos de nosotros no hemos comprobado.

Tony Strobel: El hecho de que usted puede modificar las cosas, que afecta a todo el proceso. ¿Por qué estamos aquí sentados, en realidad? Estamos pasando por un proceso que no debe ser pasado por de alguna manera, eso es un conflicto de intereses.

Linda Frank: Estoy de acuerdo, que es un conflicto.

Melissa Davis: Podemos dar porcentajes establecidos de financiación a estos y eliminar toda discusión.

Linda Frank: No tenemos los datos.

Melissa Davis: Tenemos los datos en frente de nosotros. [Reitera utilización de datos SU-ambulatorios.]

Paul Yabor: Hay una tercera posibilidad, que no se está cumpliendo la necesidad, de manera adecuada. ¿Qué está pasando con este tema en esta área en particular.

Melissa Davis: En un mundo perfecto, quisiéramos ver de todos los proveedores que los proveedores de servicios el uso que el servicio alternativo, pero no tenemos eso aquí.

Presidenta Flaherty: Se ha dicho, estas son las cosas-recursos-que se están utilizando.

Susan Rubenstein: Sólo quiero centrarme otra vez. Estamos votando por el nuevo período? Sé que se ha hablado sobre el cambio en las regiones y lo que pueden hacer, y es que va a suceder en el período que estamos votando sobre eso?

Director McGarvey: Por lo que el marco de tiempo, estamos poniendo adelante recomendaciones para las asignaciones, para el año que viene o lo que sea que decidamos-le toca a la HPG.

Tendremos que esperar a ver el año que viene. Esto entra en un Plan, y la vida útil de este plan

podría ser nebuloso.

Julia Montgomery: Este pasará a un plan de financiación, que pasará a la próxima vez que ponemos el dinero fuera.

Director McGarvey: Este es un marco.

Susan Rubenstein: Así que todo lo que ocurre es que es probable o posible que el cambio de estado en la estructura regional que podría suceder durante este plan?

Directora McGarvey: Sí.

Susan Rubenstein: Las regiones son todos retocando ellos mismos.

Richard Smith: No estamos retocando... esperamos a ver lo que no se ha gastado en el suroeste, y entonces podemos mover ese resto.

Susan Rubenstein: El proceso podría cambiar cuando la estructura regional cambia.

Directora McGarvey: La conclusión es que usted tiene que dar a los proveedores flexibilidad en los contratos.

Susan Rubenstein: Ok.

Director McGarvey: Puede haber una gran demanda de servicios o una necesidad no satisfecha porque un proveedor no está ahí, pero el dinero no gastado puede ser movido. Usted nos está dando una serie de prioridades, un marco general para la asignación de los servicios para todo el estado. Pero, todavía tenemos que ser flexibles al final del día para satisfacer las diferentes necesidades de los proveedores en diferentes regiones.

Wayne Fenton: Para el proceso que estamos en este momento, para este fin, creo que hicimos un excelente trabajo en la priorización. Pero otro nivel, si estamos cumpliendo con la necesidad de las personas quién está mirando a los vigilantes, por así decirlo. El problema no es la prioridad; es que estamos cumpliendo con las necesidades que ya han sido asignados. Podemos estar gastando demasiado tiempo hablando de lo que recibirá.

Melissa Davis: La asignación de recursos que siempre dependen en gran medida nuestra utilización. Nos falta un poco de información, pero esto no es una actividad inútil. Ayer nuestra priorización es nuestra tarea más grande, por lo que si son necesarios que se crió en caso de reducciones de fondos. ¿Tenemos que estar colgados en el 1% al 2%? No, pero esto no es una actividad sin valor, que nos da el margen de maniobra para no pensar demasiado.

Briana Morgan: Creo que es importante recordar que no es sólo debido a DOH, sino también a nuestros patrocinadores (HRSA / CDC).

Melissa Davis: En este punto vamos a romper y la salida y nuevamente las almuerzo. Cualesquiera otras categorías de servicios que estamos interesados en el cambio?

Robert Smith: Yo sólo quería tocar en la gestión de casos no médico. Sobre algunas de las cosas que la gestión de casos médicos hace que no se paga - tal vez incrementando en los servicios no médicos.

Julia Montgomery; No tengo una opinión finalizado en eso. Hubo algunas regiones que no quieren financiar la gestión de casos no médico.

Director McGarvey: Recuerdo alguna dirección en HRSA. Ellos altamente nos animaron a eliminar no médico ya que no es central.

Rob McKenna: Y no se trata sólo PA que se ha dicho esto.

Director McGarvey: HRSA dice para financiar la gestión de casos médicos y repensar y reinvertir en no médico.

Paul Yabor: A medida que avanzamos en la cascada con el tratamiento como prevención, creo que en términos de adherencia y para localizar los que se perdieron para cuidar necesitamos esos servicios.

Richard Smith: Creo que tenemos que tener una conversación acerca de la gestión de casos. Tenemos que repensar la forma en que hacemos la gestión de casos. No estamos. Nadie lo está haciendo bien.

Susan Rubenstein: Si estamos hablando de la disminución de algo ¿qué hay de salud en el hogar?

Paul Yabor: ¿Cubre ACA él

Melissa Davis: No.

Doyin Desalu: ¿alguien sabe si el programa de trabajo del SIDA sigue funcionando?

Tony Strobel: Debe ser sobre una base mensual. El waver SIDA puede hacer eso - las personas que vienen a las casas no son tan conocedores de dispensas. Una gran cantidad de veces que el seguro sólo hará salud en el hogar. Hay una necesidad, pero simplemente no es tan grande.

Richard Smith: Sabemos que Filadelfia tiene la mayor parte de este.

Briana Morgan: Mi perspectiva es desde la parte A: así que no sé cómo se proporciona en AACO.

Richard Smith: Tuvimos una enfermera que lo recibió y le pareció a apoyar a aquellos que lo utilizó. La persona que fue e hizo mucho trabajo adherencia.

Susan Rubenstein: Eso no me ayuda para nada en realidad. Yo voto para disminuirlo.

Melissa Davis: ¿Quieres disminuir salud en el hogar?

[Votar: 2.3 Mayoría NO soporta la disminución de la categoría Cuidado de Salud en Casa.]

Paul Yabor: yo respeto lo recomendaciones HRSA son pero a veces no se traducen a lo que es mejor para Pennsylvania. Se ha encontrado que los hospitales están mejor en la búsqueda de resultados para las personas VIH positivos frente a la divulgación. La realidad es diferente de las estadísticas. Tengo que cuestionar todo lo que viene desde el nivel federal.

Richard Smith: no estamos ofreciendo la gestión de casos no médico como es.

Rob McKenna: nuestra recomendación es no cortar los fondos - simplemente a repensar - así que donde quiera que bajen está bien.

Briana Morgan: ¿es posible que hay ciertas necesidades cubiertas por cm no médicos que pueden ser satisfechas en una categoría de servicio diferente?

[Vota: 2/3 mayoría apoya la disminución de la categoría de gestión de casos no médico.]

Melissa Davis: Entonces, ¿dónde deberíamos mover este dinero? La salud oral, ya que es lo que hemos votado para aumentar?

[Vota: 2/3 Mayoría apoya mover la financiación a la categoría Oral de Cuidado de Salud.]

Linda Frank: No fuimos a través de todos los demás para ver si hay otros lugares que nos gustaría para moverlo. Siento que está siendo empujado en una dirección determinada y no hemos conseguido a través de todas las opciones de esta sección.

Ann Thacker: Creo que esa pregunta debería haberse planteado ante los votamos.

Dan Champion: ¿Por qué no acabamos nueva votación ya que sabemos qué ahora?

Linda Frank: La votación de este como hicimos nosotros eliminamos la posibilidad de moverlo a otro lugar. Me gustaría ir a través de todos ellos en primer lugar.

Richard Smith: consejería sobre adherencia tratamiento debe ser sacada. Está cubierto por las visitas al médico y manejo de casos médicos.

Paul Yabor: Siento que existen algunos servicios / programas que son útiles en esta categoría.

Melisa Davis: Southwest es única región que financia esto. Paul: ¿son los proveedores de la Parte B actuales? ¿Debemos cero esto?

Briana Morgan: la parte A adhesión sólo los fondos bajo gestión de casos médicos.

Melissa Davis: ¿Debemos sacar esta categoría?

[Vota: 2/3 mayoría apoya supresión de la financiación de la categoría de adherencia al tratamiento.]

Shubra Shetty: ¿Qué servicios de rehabilitación abarcan, física y rehabilitación? Hay una necesidad real de la terapia para ellos. Dolor crónico, lesiones, caen a través de las grietas. Creo que deberíamos aumentar esa categoría.

Tony Strobel: Si un financiador regional tiene un cero en esa categoría no puede ser cambiado?
[Correcta]

Paul Yabor: Entonces, ¿por qué no dejamos un poco de dinero para que podamos ser más flexible?

Presidenta Flaherty: Eso es definitivamente una consideración. ¿Hay que poner un 0,01 en todas las categorías para mantenerlo en la mesa?

Linda Frank: Había mucha discusión acerca flexible. Yo apoyaría que dejamos un poco de dinero en todas las categorías para que las personas puedan adaptarse a sus propias necesidades regionales.

Ann Thacker: Incluso si el presupuesto tiene 0.01 esto no significa que la gente se lo deje en allí si no se ha utilizado en 10 años. Para aquellos que necesitan rehabilitación qué tienen otro seguro para cubrirlo?

Shubra Shetty: A veces luchamos para que la gente la atención integral. Los copagos son caros, la gente no escribe nada fuera. Los trabajadores que tienen problemas de dolor no tienen otras opciones.

Melissa Davis: si lo hiciéramos 0.01 no sería sumar a través de las regiones para servir a nadie. Hemos dado prioridad a todas las categorías y esto da DOH capacidad de trabajar con eso.

Linda Frank: Retiro mi petición.

Melissa Davis: el DOH tiene flexibilidad para decir que podemos asignar según las necesidades y asignar a las regiones. Dejaríamos una olla de dinero (2,6%) para dejar en manos de la DOH asignar a esos nueve categorías?

[Vota: 2.3 Mayoría APOYO asignar 2,6% colectivamente a las inferiores nueve categorías de prioridad]

Presidenta Flaherty: ¿Hay algo más que nos gustaría aumentar? ¿Qué más podríamos agregar a la salud oral? ¿Es suficiente 0.06?

Melissa Davis: ¿Qué nivel de financiación?

Shubra Shetty: En algún lugar entre el 5-6%. Eso es un gran problema y el cuidado dental no es barato y necesitamos dinero real.

Susan Rubenstein: tomar 3% de Educación para la Salud / Reducción del Riesgo [HE / RR] y moverlo a la salud oral.

Julie Montgomery: 3% es de 240.000.

Melissa Davis: ¿Queremos pasar del 3% para la salud oral?

[Vota: 2/3 mayoría apoya la moción anteriormente.]

¿Hay que seguir reduciendo el HE / RR? ¿Sentimos que 6,87 es suficiente en la salud oral?

Shubra Shetty: Yo propondría para mover ese 0.6 de la adhesión a la salud bucal.

Ann Thacker: Tuvimos que limitar nuestros clientes para 2000 un año que tan caro?

Linda Frank: Bajo ACA no paga por el cuidado dental y la salud oral es esencial para reformar la salud.

Presidenta Flaherty: Todos estamos de acuerdo que es impresionante y tenemos que decidir cuánto.

[Vota: 2/3 mayoría apoya que termina el debate sobre el cuidado de la salud oral.]

Linda Frank: Para las futuras iteraciones de este proceso - Creo que cuando se está tan cerca que no me siento cómodo. Tomamos 2/3 para cambiar algo. Creo que es tiene que ser mirado.

Presidenta Flaherty: Por favor, tome nota de que, PRSA.

Melissa Davis: ¿Qué nivel hallamos adecuada para HE y RR. Disminuirlo? sacarlo?

Robert Smith: Nosotros lo teníamos, pero no ahora. Para aquellos que están usando, cómo se utiliza?

Briana Morgan: En el sureste se financia, pero no en la parte A, así que no sé nada de él.

Richard Smith: Creo que va a una agencia de educación entre pares y la prevención secundaria.

Jeffery Haskins: Va a minorías étnicas.

Paul Yabor: Creo proyecto Teach ha sido clave para mantener a las personas en el cuidado. Esa es la parte B.

Melissa Davis: ¿Queremos disminuir aún más verdad? O mantener el mismo?

[Vota: 2/3 mayoría apoya mantener que la financiación de nivel del mismo.]

El porcentaje de 0.6 aún no se ha asignado. ¿Dónde queremos ponerlo?

Richard Smith: 1 moción de Abuso de Sustancias y 0,3 para la Salud Mental.

[Vota: 2/3 mayoría apoya la moción anteriormente.]

Melissa Davis: Muchas gracias por su ayuda con esto. Hemos terminado!

David Givens: Creo que el proceso requiere una votación final que se aprueba la totalidad de las asignaciones.

[Votar: 98% Mayoría APOYA las asignaciones de recursos que se indican. Véase el Apéndice B.]

Sesiones del Subcomité / Clausura

Director Ken McGarvey: Muchas gracias. Haz subcomités quieren conocer?

[Subcomisiones se reúnen durante 45 minutos]

Julia Montgomery: Estamos pasando las fechas para las reuniones del próximo año.

Presidenta Flaherty: Por la pertenencia y el reclutamiento tenemos 3 miembros que necesitan mentores.

Director McGarvey: Este ha sido un gran año para nosotros. Somos una empresa líder en la planificación integrada y que deberíamos estar orgullosos de eso. Hemos trabajado duro.

Presidenta Flaherty: ¿Tenemos una moción para terminar?

[Movimiento llamó y secundada. Se levantó la sesión.]

Apéndice A:

Lista de Prioridad de la Parte B de Servicios

1	AIDS Drug Assistance Program (SPBP)
2	Outpatient/Ambulatory Medical Care
3	Medical Case Management
4	Housing Services
5	Oral (Dental) Health Care
6	Early Intervention Services
7	Medical Transportation Services
8	Mental Health Services
9	Emergency Financial Assistance
10	Health Insurance Prem & Cost Sh. Asst
11	Substance Abuse Services - Outpatient
12	Food Bank/Home Delivered Meals
13	Health Education/Risk Reduction
14	Medical Nutrition Therapy
15	Treatment Adherence Counseling
16	Psychosocial Support Services
17	Outreach Services
18	Substance Abuse Services - Residential
19	Home Health Care
20	Non-Medical Case Management
21	AIDS Pharmaceutical Asst (local)
22	Legal Services
23	Home & Cmty-Based Health Services
24	Linguistic Services
25	Referral for Health Care/Supp Services
26	Rehabilitation Services
27	Child Care Services
28	Hospice Services
29	Respite Care

Appendix B

Resource Allocation Recommendations

Service Category in Priority Order	Priority Ranking	Previous Years' (2014) % of Funding	Allocation - % of Funding (2015)
ADAP/SPBP	1		
Outpatient/Ambulatory Care	2	11.58	11.58
Medical Case Management	3	50.92	50.92
Housing Services	4	2.82	2.82
Oral Health Care	5	3.81	6.87
Early Intervention Services	6	0	0
Medical Transportation Services	7	2.9	2.9
Mental Health Services	8	0.89	1.19
Emergency Financial Assistance	9	5.6	5.6
Health Insurance Prems & Cost Sharing Assistance	10	2.18	2.18
Substance Abuse - Outpatient	11	0.64	0.94
Food Bank/Home Delivered Meals	12	6.24	6.24
Health Education/Risk Reduction	13	6.18	3.18
Medical Nutritional Therapy	14	0.35	0.35
Treatment Adherence Counseling	15	0.6	0
Psychosocial Support Services	16	1.25	1.25
Outreach Services	17	0.41	0.41
Substance Abuse - Residential	18	0	0
Home Health Care	19	0.97	0.97
Non-Medical Case Management	20	0.06	0
AIDS Pharm. Assistance (local)	21	0	
Legal Services	24	1.05	
Home & Community-Based Health Services	19	0.03	
Linguistic Services	27	0.5	
Referral for Health Care/Supportive Services	25	0	2.6
Rehabilitation Services	20	0	(TBD by DOH)
Child Care Services	26	0	
Hospice Services	28	0.58	
Respite Care	29	0.44	

Key:

Black: Core service

Yellow: Support service

Green: Increased funding (recommendation)

Red: Decreased funding (recommendation)